

Conductas de salud en inmigrantes latinoamericanos adultos del Distrito Macarena de Sevilla (España)

José Rafael González López¹
 María de las Mercedes Lomas Campos²
 Jacinto García Fernández³
 Juana Pascualvaca Armario⁴
 María José Guardado González⁵
 Beatriz Muñoz Guardado⁶
 Antonia Caro Guerra⁷
 Eloisa Lagares Vallejo⁸

- 1 Diplomado en Enfermería, Máster en Promoción de la Salud y Máster en Intervención y Mediación Familiar, Doctorando en Ciencias de la Salud. Profesor de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Departamento de Enfermería de la Universidad de Sevilla, España. email: joserafael@us.es
- 2 Doctora en Medicina. Catedrática de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Departamento de Enfermería de la Universidad de Sevilla, España. email: mlomas@us.es
- 3 Diplomado en Enfermería. Profesor Colaborador de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Departamento de Enfermería de la Universidad de Sevilla, España. email: jacintogf@us.es
- 4 Diplomada en Enfermería. Servicio Andaluz de Salud. Profesora Asociada de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Departamento de Enfermería de la Universidad de Sevilla, España. email: jpascualvaca@ono.com
- 5 Diplomada en Enfermería. Responsable de Formación, Innovación y Práctica Avanzada de la Fundación para el Desarrollo de la Enfermería –FUDEN–, España. email: andalucia.formacion@fuden.es
- 6 Diplomada en Educación Social. Centro de Acogida Inmediata de la Fundación Márgenes y Vínculos de Sevilla, España. email: kivade@hotmail.com
- 7 Diplomada en Enfermería. Servicio Andaluz de Salud, España. email: ancagu001@telefonica.net
- 8 Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora Jubilada de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Departamento de Enfermería de la Universidad de Sevilla, España. email: elolag@us.es

Subvenciones: artículo producto de la investigación Análisis de las conductas de salud y prevalencia de enfermedades de la población inmigrante y autóctona de la ciudad de Sevilla, iniciado en enero de 2010 y actualmente en desarrollo. Proyecto de Investigación (PI-0138) financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (Gobierno de España), en la convocatoria del año 2009 e implementado por la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla, España.

Conflicto de intereses: ninguno a declarar.

Fecha de recibido: 6 de mayo de 2010.

Fecha de aprobado: 28 de septiembre de 2010.

Cómo citar este artículo: González JR, Lomas MM, García J, Pascualvaca J, Guardado MJ, Muñoz B, et al. Conductas de salud en inmigrantes latinoamericanos adultos del Distrito Macarena de Sevilla (España). Invest Educ Enferm. 2010;28(3): 384-95.

Resumen

Objetivo. Describir el estado de salud de la población latinoamericana inmigrante de 25 a 44 años del Distrito Macarena de la ciudad de Sevilla. **Metodología.** Estudio descriptivo de corte transversal, se empleó muestreo probabilístico aleatorio, estratificado y proporcional. Se realizó en 34 personas, 16 hombres y 18 mujeres, de 25 a 44 años. Para la recogida de datos se elaboró un cuestionario que unificaba los instrumentos del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en Adultos y el del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de Comportamiento. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS 17.0. **Resultados.** El 38.2% de la muestra considera bueno su estado de salud percibida. Un 26.5% no sabe o no está seguro de cuál es su Centro de Salud. El 58.8% nunca ha acudido a la consulta de la enfermera. El 38.2% consume alcohol un día a la semana y el 58.8% se ha automedicado. El 67.7% de la muestra usa métodos para evitar la concepción pero solo de ellos el 43.5%, se protegen también de una enfermedad de transmisión sexual **Conclusión.** Se identificaron conductas de salud en función del origen y algunos de los factores asociados, los cuales deberían considerarse en el diseño y desarrollo de actuaciones diferenciales, orientadas a mejorar el nivel de salud en los inmigrantes.

Palabras clave: migración internacional; promoción de la salud; América Latina; España.

Health behaviors in adult Latin American immigrants of the Macarena de Sevilla district (Spain)

Abstract

Objective. To describe the health status of the immigrant Latin American population between 25 and 44 years old from the Macarena district of the city of Sevilla. **Methodology.** Cross-sectional study, it was employing a stratified random sampling. It was conducted on 34 people, 16 men and 18 women, 25 to 44 years old. To collect the data a questionnaire that unified the instrument Surveillance System of Risk Factors associated to Noncommuni-

able Diseases in Adults and the Surveillance System of Risk Factors Risk Behavior was used. Data were analyzed with the SPSS 17.0 statistical software. **Results.** 38.2% of the sample perceived as good their health condition. 26.5% are unsure or don't know about which is their Primary Care Center. 58.8% have never been attended to a nursing consult. 38.2% consume alcohol once a week and the 58.8% have self-medicated. 67.7% of the sample use contraception, but only 43.5% also protect themselves from a sexually transmitted disease. **Conclusion.** Health behaviors were identified according to the origin and some related factors. This should be considered when designing and developing activities aimed at improving the health level in immigrants.

Key words: emigration and immigration; health promotion; Latin America; Spain.

Conduas de saúde em imigrantes latino-americanos adultos do Distrito Macarena de Sevilla (Espanha)

■ **Resumo** ■

Objetivo. Descrever o estado de saúde da população latino-americana imigrante de 25 a 44 anos do Distrito Macarena da cidade de Sevilla. **Metodologia.** Estudo descritivo, transversal, de prevalência e observacional, empregando-se uma amostragem probabilística, aleatório, estratificado e proporcional. Realizou-se em 34 pessoas, 16 homens e 18 mulheres, de 25 a 44 anos. Para a recolhida de dados se elaborou um questionário que unificava os instrumentos do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco associados a Doenças Não Transmissíveis em Adultos e o do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco de Risco de Comportamento. Os dados se analisaram com o pacote estatístico SPSS 17.0. **Resultados.** O 38.2% da mostra considera bom seu estado de saúde percebida. Um 26.5% não sabe ou não está seguro de qual é seu Centro de Saúde. O 58.8% nunca foi à consulta da enfermeira. O 38.2% consome álcool um dia à semana e o 58.8% se tem automedicado. O 67.7% da mostra usa métodos para evitar a concepção, mas só deles o 43.5%, protegem-se também de uma doença de transmissão sexual. **Conclusão.** Identificaram-se condutas de saúde em função da origem e alguns dos fatores associados, os quais deveriam considerar-se no desenho e desenvolvimento de atuações diferenciais, orientadas a melhorar o nível de saúde nos imigrantes.

Palabras chave: migração internacional; promoção da saúde; América Latina; Espanha.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud considera al estilo de vida como la manera general de vivir que se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por factores socio-culturales y por las características personales de los individuos. De esta manera, ha propuesto la siguiente definición: "Los estilos de vida son patrones de conducta que han sido seleccionados de las alternativas disponibles para la gente, de acuerdo a su capacidad para elegir y a sus circunstancias socioeconómicas".¹ Entre los dominios que integran el estilo de vida se han incluido conductas de salud y preferencias relacionadas

con la actividad física, consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, responsabilidad para la salud, actividades recreativas, relaciones interpersonales, prácticas sexuales, actividades laborales y patrones de consumo.²⁻⁵ Dicho estilo de vida, por tanto, es la base de los comportamientos en materia de salud de la población y resultan fundamentales a la hora de planificar intervenciones desde la disciplina enfermera.

En la IV Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud celebrada en Yakarta, Indonesia, en 1997⁶ se enfatizó en la necesidad de incrementar la conciencia sobre estos estilos de vida, especialmente en los más desfavorecidos y,

en principio, el colectivo inmigrante, debido fundamentalmente a las condiciones de vida y de trabajo a que se ve sometidos con frecuencia, lo es si lo comparamos con la población autóctona de las zonas receptoras. Por tanto, el conocimiento de las conductas del colectivo inmigrante permite determinar las necesidades específicas y las prioridades preventivas y asistenciales para mejorar la salud de dicha población e incrementa las posibilidades de participación en las estructuras socio-sanitarias.

En la actualidad, España se sitúa entre los principales países receptores de flujos migratorios⁷ junto con los que se producen desde África Oriental hasta África Occidental. Debido a ello, en las dos últimas décadas se ha incrementado en la literatura científica biomédica el número de trabajos enfocados al estudio de la salud de la población inmigrante. Ahora bien, son pocos los estudios que, en la línea del trabajo presentado por Rodríguez Álvarez *et al.*⁸ se hayan acercado a la salud y a las necesidades sanitarias de esta población, por medio de encuestas de salud.

Este tipo de aproximaciones son de gran importancia ya que, tal y como exponen los autores, estudiar la salud exclusivamente a través de los pacientes que acuden a los servicios sanitarios puede crear estereotipos que identifiquen a la población inmigrante con personas enfermas, cuando la realidad parece ser diferente.^{9,10} Las diferencias en el estado de salud, los estilos de vida y el uso de los servicios sanitarios, según el lugar de origen de las personas, pueden tener importantes implicaciones a la hora de garantizar la asistencia sanitaria de la población. En los últimos años, la administración sanitaria se ha concienciado de esta necesidad y, actualmente, una gran parte de las encuestas de salud permite identificar a la población según el lugar de origen. Hoy en día, es necesario que las fuentes de información sanitaria recojan otras variables que permitan dilucidar los factores que explican la salud de la población, así como identificar, en todo caso, las posibles desigualdades en salud.¹¹ De ahí que nos propongamos medir las conductas de salud de la población inmigrante latinoamericana de la ciudad de Sevilla, a través de un instrumento, con la finalidad de utilizar esta medición como factor predictivo de los problemas de salud y necesidad de cuidados desde la disciplina enfermera.

Metodología

Se ha llevado a cabo un estudio cuantitativo de carácter descriptivo de corte transversal, utilizando un muestreo probabilístico aleatorio estratificado y proporcional. El universo muestral, es el total de población latinoamericana del grupo etario de 24 a 45 años del Distrito 2 de la ciudad de Sevilla y lo conforman 2 947 personas. El tamaño calculado de la muestra para esta población fue de 340 personas inmigrantes; para el estudio piloto, del cual hacen parte los hallazgos que se presentan en este artículo, se empleó el 10% de la misma, es decir, 34 personas.

Se utilizaron el cuestionario del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en Adultos (SIVFRENT-A)¹² y el Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS)¹³ unificándolos en un único cuestionario; y se desarrollaron algunos apartados para adaptarlo al contexto, puesto que ambos eran complementarios y podían constituir un buen instrumento de medida para hacer la prueba piloto.

El cuestionario estuvo estructurado en tres partes: a) datos sociodemográficos del encuestado (sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, lugar de nacimiento, tiempo de estancia en España), b) conductas de salud y, c) antecedente de haber sufrido enfermedades.

La recogida de datos se ha realizado en el mes de abril de 2010, siguiendo los criterios de inclusión (persona de ambos sexos que resida en alguno de los Barrios Oficiales o Secciones Censales del Distrito administrativo número 2 (Macarena) en Sevilla, tener una edad comprendida entre los 25 y los 44 años, haber nacido en algunos de los países considerados por la Organización de Naciones Unidas en su clasificación de nacionalidades, territorios y regiones como países de América Latina o del Sur (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay, Venezuela) y haber emigrado a España. Estar capacitada para comunicarse y entender los requerimientos del estudio y haber firmado el consentimiento informado y exclusión (el padecimiento de una enfermedad mental que impidiera comprender el motivo y fin del estudio o el hecho de que la persona simplemente haya rehusado a firmar el

consentimiento informado); para evitar sesgos de información ha existido un sólo encuestador quien hacía las preguntas y rellenaba las respuestas.

Para la captación de la muestra, se contactó con diversas asociaciones y colectivos de inmigrantes latinoamericanos del distrito para facilitar la recogida de los datos. Los procedimientos utilizados para la realización del presente estudio han seguido los principios éticos que recoge la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de 1975 (actualización 2008);¹⁴ se realizó un consentimiento informado escrito, y en lo relativo a los datos sociodemográficos a fin de proteger el honor, el anonimato y la intimidad personal, según la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal¹⁵ se han numerado los cuestionarios.

Los datos se han analizado con el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 17.0 para Windows. Se han realizado análisis descriptivos, utilizando medidas de tendencia central y dispersión tales como media, mediana, moda, desviación típica y valores de mínimo y máximo para cada una de las variables que se analizan. Para comprobar si las variables cuantitativas cumplían o no los criterios de normalidad se empleó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra. El análisis de las variables se realizó mediante la prueba de la *t* de student para muestras independientes con variables cuantitativas medidas a nivel de razón y la prueba de ji-cuadrado (χ^2) para variables cualitativas medidas a nivel nominal u ordinal. Para todos los análisis que se exploraron se estableció un nivel de significación α del 5%.

Resultados

Se presentan a continuación los resultados más importantes relativos a las características socio-demográficas de la población de estudio y a sus conductas de salud.

Características sociodemográficas. En la Tabla 1 se aprecian las características de las 34 personas inmigrantes latinoamericanos del Distrito Macarena que participaron en la prueba piloto. El promedio de edad de la muestra de estudio fue de 31.8 ± 5.8

años, teniendo el participante menor 25 años y el mayor 44 años. El sexo femenino fue el más frecuente con 52.9%, y en lo que respecta al estado civil el 47.1% son solteros. Dentro de la dimensión de nivel de estudios, la muestra posee en un 55.9% estudios secundarios y fue llamativo que un 14.8% tuvieran estudios universitarios. Por país de procedencia, Bolivia y Ecuador fueron los mayores aportantes con 38.2% y 26.5%, respectivamente. Analizando el tiempo de residencia en España, se encontró que la muestra tenía una media de 6.5 años; a diferencia de la media del tiempo de residencia en la ciudad de Sevilla (5.8 años).

En lo relativo a la ocupación, si comparamos el anterior puesto de trabajo en España con el actual apreciamos que no se presentaron cambios en las proporciones de empleado por cuenta propia, mientras que en las categorías de empleado por cuenta ajena y de estudiante los porcentajes bajaron (82.4% a 76.5% en la primera y 8.8% a 5.8% la segunda).

Percepción del estado de salud en el último mes.

En la Tabla 2 se puede apreciar que el 79.4% del total de la muestra considera que su estado de salud general está entre excelente y bueno, sin que hubiera diferencia significativa por sexo (hombres: 72.8%, mujeres: 88.0%), aunque sí hay diferencias estadísticamente significativas cuando cotejamos las medias de días excelente salud general (mayor en hombres) y días en que la media días en que la salud física no han sido buena (mayor en mujeres). La media de días en el último mes en que el estado de salud estuvo excelente y lleno de energía fue de 22.7 ± 10.7 días, y coincidiendo en 30 días la mediana y la moda.

Salud física y mental. La salud física, que incluye tanto enfermedades como lesiones físicas, en los últimos 30 días la media de días que dicha salud no ha sido buena fue de 3.3 días. Describiendo la salud mental, que incluye estrés, depresión y problemas emocionales, en los últimos 30 días la media de días que dicha salud no ha sido buena es de 6.9 días. Por sexo se pudo apreciar que el promedio de días en que la salud mental no ha sido buena en el último mes fue significativamente mayor en las mujeres comparadas con los hombres.

Tabla 1. Características generales de 34 inmigrantes latinoamericanos adultos del Distrito Macarena de Sevilla

Variable	Valor
Sexo; n (%)	
Femenino	18 (52.9)
Masculino	16 (47.1)
Edad en años; media±DE	31.8±5.8
Grupo de edad; n (%)	
25 a 29	17 (50.0)
30 a 34	7 (20.6)
35 a39	6 (17.6)
40 y más	4 (11.8)
Estado civil; n (%)	
Soltero	16 (47.1)
Casado	15 (44.1)
Vive en pareja sin estar casado	2 (5.9)
Separado	1 (2.9)
Nivel de estudios; n (%)	
Primarios*	4 (11.7)
Secundarios [†]	19 (55.9)
Superiores [‡]	6 (17.6)
Titulado universitario [§]	5 (14.8)
Nacionalidad; n (%)	
Bolivia	13 (38.2)
Brasil	1 (2.9)
Colombia	3 (8.8)
Ecuador	9 (26.5)
Paraguay	2 (5.9)
Perú	4 (11.8)
Venezuela	2 (5.9)
Tiempo en años de residencia en España; media±DE	6.5±3.5
Tiempo en años de residencia en Sevilla; media±DE	5.8±3.8
Ocupación anterior; n (%)	
Empleado por cuenta ajena	28 (82.4)
Empleado por cuenta propia	2 (5.9)
Desempleado	1 (2.9)
Estudiante	3 (8.8)
Ocupación actual; n (%)	
Empleado por cuenta ajena	26 (76.5)
Empleado por cuenta propia	2 (5.9)
Desempleado	4 (11.8)
Estudiante	2 (5.9)

*: Estudios Primarios / Graduado escolar, [†]: Estudios Secundarios / Bachillerato elemental / FP/Ciclo Formativo Básico, [‡]: Estudios Superiores/Bachillerato Superior/Ciclo Formativo Superior, [§]: Titulados Universitarios (3 con diplomatura y 2 con licenciatura o doctorado).

Tabla 2. Percepción de estado de salud y de las medidas antropométricas de peso y talla, según sexo y total

Variable	Total (n=34)	Hombres (n=16)	Mujeres (n=18)	Estadístico	Valor de p
Percepción del estado general de salud en el último mes; %					
Excelente	14.7	22.2	6.2	5.56*	0.235
Muy bueno	26.5	11.1	44.4		
Bueno	38.2	38.9	37.4		
Regular	17.6	27.8	6.1		
Malo	2.9	0.0	6.3		
Promedio±DE de días de excelente salud en el último mes	22.7±10.7	27.5±6.1	18.3±12.1	12.8†	<0.001
Promedio±DE de días en que la salud física no ha sido buena en el último mes	3.3±6.4	3.06±5.2	3.5±7.5	3.0†	0.005
Promedio±DE de días en que la salud mental no ha sido buena en el último mes	6.9±13.3	6.6±14.6	7.2±10.3	3.7†	0.003
Promedio±DE del peso en kilos	72.7±14.1	81.5±8.4	65±13.8	30.0†	<0.001
Promedio±DE de talla en metros	1.66±0.1	1.7±0.06	1.60±0.05	113.9†	<0.001
Categoría de IMC; %					
Infrapeso	0.0	0.0	0.0	3.6*	0.100
Normal	41.2	61.1	18.8		
Sobrepeso	38.2	22.2	56.2		
Obesidad	20.6	16.7	25.0		

*:X²; †: t de student

En relación a las **medidas antropométricas, peso y talla**, de los encuestados. El peso medio en kilogramos es de 72.7±14.1 kg y una moda de 80. Siendo la media en las mujeres de 64.9 kg y en los hombres de 81.5 kg. Estudiando la talla en metros, la media muestral es de 1.7±0.1 m con una moda de 1.8 m. Siendo la media en las mujeres de 1.6 m y en los hombres de 1.7 m. Calculando el Índice de Masa Corporal (IMC= Peso (kg)/ [Talla (m)]²) de la muestra, corresponde a 26.4 kg/m² (25.4 kg/m² en mujeres y 26.9 kg/m² en hombres). Un 58.8% de los encuestados padece sobrepeso u obesidad (38.9% en hombres y 81.2% en mujeres).

Asistencia sanitaria. El 26.5% de los encuestados no sabe o no está seguro cuál es su Centro de Salud (CS) al que debe acudir a recibir atención sanitaria, el 73.5% restante asiste entre los más frecuentes a estas cuatro instituciones: CS Polígo-

no Norte (22.9%), CS Alamillo (11.6%), CS Puma-rejo (8.6%) y CS San Luis (2.9%). En lo relativo a la dimensión de asistencia a la consulta médica para la realización de un chequeo de rutina, el 70.6% de los participantes se lo ha realizado en el último año, el 17.7% en los últimos dos años, un 2.9% entre tres y cinco años, otro 2.9% hace más de cinco años y el 5.9% restante nunca se lo ha hecho.

En la dimensión de asistencia a la consulta de la enfermera, la mayoría de los encuestados (58.8%) nunca ha acudido, un 32.4% ha ido en el último año, otro 2.9% ha acudido en los últimos dos años y el 5.9% restante ha asistido en los últimos cinco años. Del total de las personas que alguna vez han acudido a esta consulta, lo han hecho por motivos diversos, siendo el más frecuente por curas (20.6%).

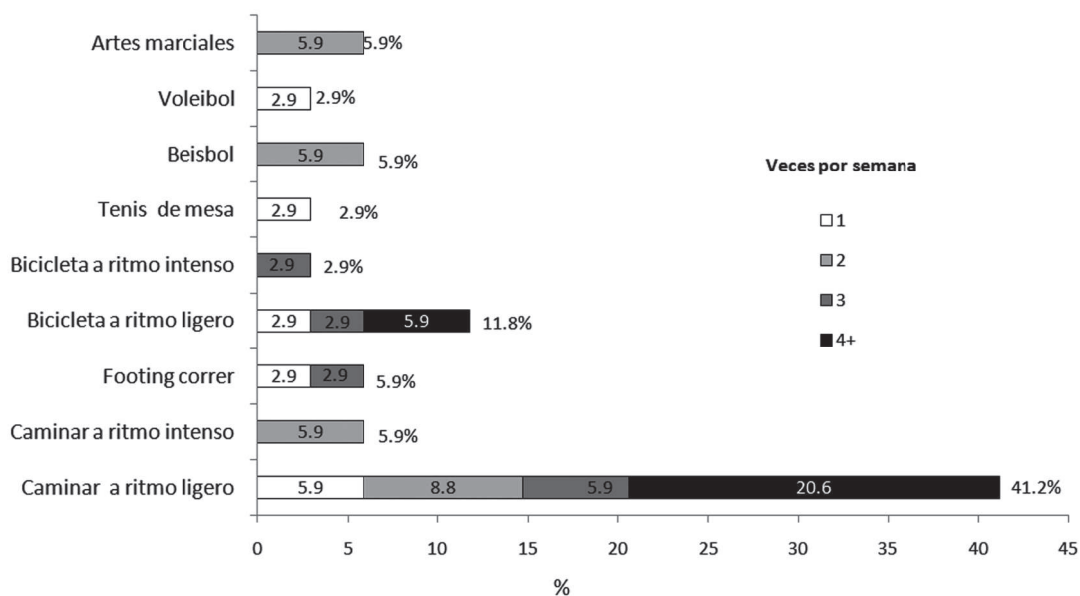
Sueño. La media de horas de sueño de la muestra es de 7.0±2.0 horas, con una moda de 8. Sien-

do destacable que la mitad de los encuestados relataran dormir 8 y más horas. En lo relativo al número de días que la persona no duerme lo suficiente, la media fue 9.5 ± 4.5 .

Actividad física y ejercicio físico. El 67.7% de los participantes considera que está parado o sentado la mayor parte del tiempo, el 20.8% camina la mayor parte del tiempo y el resto (11.6%) la actividad que realizan tiene que ver con el transporte de cargas ligeras o debe subir escaleras o cuestas frecuentemente. Ningún encuestado identifica su

actividad física como un trabajo pesado o que demanda mucho esfuerzo físico.

En lo relativo al ejercicio físico, la muestra presenta una variabilidad en lo relativo al tipo de ejercicio y la asiduidad en la práctica. El ejercicio más practicado es caminar (41.2% a ritmo ligero y 5.9% a ritmo intenso), seguido por hacer bicicleta (11.8% a ritmo ligero y 2.9% a ritmo intenso) y las artes marciales, béisbol y footing (cada uno con 5.9%). En la Gráfica 1 se puede observar que solamente las dos actividades practicadas con mayor frecuencia tuvieron la mayor asiduidad.



Gráfica 1. Frecuencia en la práctica de ejercicio físico en la última semana

Consumo de alcohol. El 55.9% de las personas participantes afirmó que no había consumido alcohol en los últimos treinta días, mientras que el 38.2% dice que consumió un día a la semana, un 2.9% afirma beber menos de una vez a la semana y otro 2.9% lo hace una vez al día. Analizando la edad en que empezó a beber, el 73.53% (25) reconoce que ingiere alcohol. Dentro de las que se iniciaron, la edad media es de 18.12 ± 4.5 años.

En el último fin de semana, el 23.5% de los encuestados dice haber consumido cervezas en for-

mato caña (33 cc), con una media de 5.41 ± 15.5 cañas, con un máximo de 80 y un mínimo de 2. En este período de tiempo el consumo de combinado de whisky con cola, coñac, anís, ron, vodka es realizado por el 11.8% de la muestra que afirma tener un consumo entre dos copas a tres copas.

Consumo de tabaco. La prevalencia de vida de consumo de cigarrillo se estimó en un 20.6%, siendo la prevalencia actual de 14.5% (2.9% fuma todos los días y 11.6% fuma algunos días de la semana). La edad de inicio del hábito fue de

17.1±3.7 años, con una moda de 15 años. Con relación a la deshabituación, durante el último año todos los fumadores actuales han intentado dejar el tabaco, aunque sin éxito.

Automedicación. Se encontró que el 58.7% de la muestra se ha automedicado (41.1% algunas veces y 17.6% la mayoría de las veces) en los últimos seis meses. Los fármacos más empleados son los analgésicos y antiinflamatorios (17.6%) en la misma preparación farmacéutica, así como analgésicos (17.6%), siguiéndoles los antiinflamatorios (14.7%), los antibióticos (5.9%) y los analgésicos y antibióticos (2.9%).

El empleo de remedios tradicionales es otra dimensión dentro de esta variable de consumo farmacológico; el 58.7% de la muestra suele utilizar estos remedios (infusiones, emplastes, entre otros) por alguna enfermedad antes de acudir al médico.

Consumo de sustancias psicoactivas. El 5.9% de los participantes de este estudio afirma haber consumido alguna sustancia de este grupo en los últimos seis meses, correspondiendo a un caso de consumo de hachís y otro de marihuana.

Prácticas sexuales. El 100.0% de la muestra identifica que la persona con quien realiza sus prácticas sexuales es de distinto sexo al suyo. En lo que relativo al uso de métodos de contracepción, el más utilizado en toda la muestra es el preservativo masculino (29.4%). El 70.6% de los encuestados no usa métodos de barrera eficaz para la prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y del embarazo no deseado.

En cuanto al resto de métodos de anticoncepción los más utilizados son: los anticonceptivos orales (23.5%) y el dispositivo intrauterino (14.7%), por lo tanto, el 67.6% de la muestra usa métodos para evitar la concepción pero sólo de ellos el 43.5% se protege también de una ETS. Sobre el padecimiento de alguna ETS, solo un 2.9% sufrió una de ellas (gonorrea), el 38.2% alguna vez en su vida se ha realizado la prueba del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) bien en sangre o en saliva. Finalmente el 41.2% de los participantes afirmó haber acudido a lo largo de su vida a la consulta de Planificación Familiar.

Discusión

En función de las características sociodemográficas de la muestra. La aparición del colectivo latinoamericano en Sevilla se remonta a mediados de los noventa, su incorporación ha sido paulatina en ésta década para intensificarse en siglo XXI.¹⁶ La feminización de la muestra es una de las características de la población inmigrante latinoamericana residente, tal y como afirman los autores García, Jiménez y Redondo,¹⁷ coincidiendo los resultados de sus estudios con la representatividad de nuestra muestra (52.9%), y según analizan Izquierdo y López¹⁸ ambos sexos equilibrarán su representatividad aún más conforme madure el ciclo migratorio y se asiente la familia. En lo relativo a la variable edad dentro de nuestro rango (de 25 a 44 años) la media se establece en 31.8 años, siendo esta cifra algo inferior a la analizada por el Ministerio de Trabajo e Inmigración con fecha del 30 de junio de 2008 en sus últimas estadísticas.¹⁹ En lo que respecta al estado civil, 47.1% son solteros y 44.1% son casados, muy en consonancia con los resultados de la población inmigrante en edad productiva obtenidos por García-Gómez y Oliva²⁰ en su estudio, apareciendo en nuestro trabajo una mayor representación de otros estados civiles (5.9% vive en pareja pero sin estar casado y el 2.9% está separado).

El nivel de estudios de los inmigrantes varía según el país de procedencia, el 55.9% de la muestra tiene estudios secundarios y el 32.3% tiene educación superior, en la línea del estudio de Martínez Buján²¹ que afirma que más de la mitad de los inmigrantes latinoamericanos en España tenían estudios secundarios y uno de cada cinco un título de educación superior. El mismo estudio afirma también que la población inmigrante latinoamericana emigra cuando ha concluido su ciclo educativo elemental.

El tiempo de residencia de los participantes, tanto en España como en Sevilla, es superior a 60 meses; a ello apunta Vicente Torrado²² afirmando la intención cada vez más frecuente de permanecer durante un tiempo más o menos duradero, si no definitivo, en el Estado español, enfrentándonos con ello al reto de su integración. A medida que

umenta este tiempo de residencia varía la situación laboral de nuestra muestra, siendo importante la representación de los individuos que actualmente trabajan por cuenta ajena (76.5%), cifra algo inferior al 96% encontrado por Torrado.²²

En función de las conductas de salud de la población. Los datos obtenidos en el estudio, en lo que respecta a la valoración del estado de salud percibida, revelaron una regular o mala autovaloración de la salud (el 20.6%), resultados muy similares al estudio llevado a cabo por Rodríguez Álvarez *et al.*⁸ que identificó un 74.7% de la muestra de latinoamericanos con una autovaloración de la salud excelente, muy buena o buena. Existen diferencias en la autovaloración de la salud en función del sexo, dichas diferencias han sido constatadas en diversos estudios.²³⁻²⁷

En nuestra población se han relacionado las medidas antropométricas, talla y peso, a través del IMC, en ambos sexos y según los criterios de la Sociedad Española para el Estudio De la Obesidad (SEEDO)²⁸ tanto los hombres (26.9 kg/m²) como las mujeres (25.4 kg/m²) y la media de la población (26.9 kg/m²) padecen sobrepeso tipo I (IMC= 25.0 – 26.9 kg/m²); se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en relación a las variables sexo y sobrepeso.

También existen diferencias de nuestro trabajo con el anterior estudio⁸ en el que la población latinoamericana con sobrepeso fue del 22.2% frente al 41.2% nuestro; creemos que estas diferencias pueden deberse a los hábitos nutricionales diferentes de las Comunidades Autónomas (País Vasco y Andalucía). La calidad de vida percibida de la muestra parece buena, destacándose la media de 3.3 días donde la salud física no fue buena y de 6.9 días en los cuales la salud mental no estuvo bien; significativo este último dato y defendido por Hovey,²⁹ Quintero y Clavel³⁰ que identifican una multitud de estresores específicos que se asocian con la experiencia migratoria y que aumentan el riesgo de desarrollar problemas de salud mental. Se ha encontrado también en nuestros sujetos una correlación positiva, estadísticamente significativa, en los binomios salud física-estado salud general, salud mental-estado salud general y salud física-salud mental.

En relación con el acceso a los servicios sanitarios, encontramos en la muestra un alto porcentaje de individuos que conocen cuál es su Centro de Salud (73.5%). Tal y como analizan también en su trabajo López y Ramos,³¹ el colectivo latinoamericano es el que conoce y más utiliza dichos recursos. De este porcentaje, el 70.6% de la muestra ha ido alguna vez al médico por un chequeo, dato semejante al estudio de utilización de Servicios Sanitarios llevado a cabo por Rodríguez Álvarez *et al.*⁸ que refiere un 66.7% en el colectivo latinoamericano adulto. En lo relativo a la asistencia a la consulta de la enfermera, no se han encontrado en la bibliografía consultada datos que recojan este hecho, siendo significativo en nuestro estudio que el 58.8% de la muestra haya ido para algún cuidado y mejora de su salud. Existen investigaciones que concluyen que la población inmigrante consulta menos que la población autóctona y lo hace de forma más distanciada, como muestra el estudio realizado por Calvo³² durante el año 2005, igualmente el estudio de Junod Perron³³ mostró que la población inmigrante ni consultaba más ni hacía más demandas.

La población tiene un hábito de sueño con una media de siete horas al día, un dato importante es que la mitad de las frecuencias de la muestra son iguales o superiores a ocho horas, asemejándose los datos al 56.1% del trabajo de Rodríguez Álvarez *et al.*⁸

En lo que respecta a la actividad física desempeñada, es reseñable que con la excepción de los que transportan cargas ligeras -sector de la construcción- la mayor parte de la muestra que está contratada en el sector servicios afirma estar parada o sentada la mayor parte del tiempo, relacionada con la responsabilidad de administrativos o dependientes, tal y como se ha comentado, y se refleja también en el trabajo de Vicente Torrado.²²

La práctica de ejercicio físico es realizada por el 67.7% de la muestra, algo superior a los datos aportados por el estudio de González³⁴ que afirmaba que el 54.7% realiza algún tipo de ejercicio. La asiduidad en la práctica deportiva puede venir motivada, según Camacho y Comas,³⁵ porque tiene un valor cultural y papel socializador para este colectivo. Dicha asiduidad está relacionada con el

sexo, variable con la cual se establecen diferencias estadísticamente significativas: los hombres son los que más practican ejercicio físico.

El consumo de alcohol, tal y como interpretamos de los resultados, se modifica en función de dos variables fundamentales: la edad y el sexo. Es destacable el consumo ocasional (38.2%), en consonancia con los resultados (40.1%) de Tortajada *et al.*³⁶ y la inexistencia de consumo (55.9%); siendo muy significativo, en las personas que consumen, un hábito desmedido en bebidas alcohólicas como cervezas (media de 23 cañas en el último mes) y licores de alta graduación. La explicación a este fenómeno puede deberse a que según apuntan los autores Conde y Herranz³⁷ los inmigrantes tienen una percepción de peligrosidad sobre las drogas ilegales elevada, que contrasta con la permisividad y la baja percepción de riesgo que tienen del consumo de drogas legales, sobre todo del alcohol. En nuestro estudio el porcentaje de bebedor de riesgo (5.9%) se asemeja mucho al 4.8% descrito por García-Gómez y Oliva²⁰ en su trabajo sobre “Calidad de vida relacionada con la salud en población inmigrante en edad productiva”. No se han hallado diferencias estadísticamente significativas entre la nacionalidad y el consumo.

En lo que respecta al consumo de tabaco el 20.6% de los sujetos ha consumido 100 cigarrillos y un 14.7% sigue fumando todos los días, cifras menores a las aportadas en la investigación de Tortajada *et al.*³⁶ sobre el consumo de drogas y su percepción por parte de inmigrantes latinoamericanos que afirmaban que el 63.9% de los sujetos ha probado alguna vez el tabaco y que el 31.3% fuma de manera habitual. Es significativo que la edad de inicio del hábito tabáquico sea de 17.1 años, cifra superior a la media española de 13.5 años en España según desvela el informe Situación Actual del Tabaquismo en España (2005-2010) realizado por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica.³⁸

El consumo de fármacos y otras drogas por parte de la población latinoamericana tiene una serie de particularidades. Se destaca que el 58.8% de la muestra se automedica: los fármacos más em-

pleados son los de la familia de analgésicos y antiinflamatorios, datos que se asemejan al estudio de Garrido *et al.*³⁹, donde el 55.8% de la población inmigrante respondió haberse automedicado: los analgésicos (53.1%) fueron los medicamentos que registraron una mayor prevalencia. Es revelador que el porcentaje de personas que se automedica es el mismo que el que emplea remedios tradicionales (infusiones, emplastes y otros); la explicación puede deberse, tal y como explica Restrepo⁴⁰ en su estudio, a que el inmigrante usa para el tratamiento de enfermedades o problemas de salud el sistema curativo tradicional o popular (herbolaria, mágico y religioso) y la automedicación.

La prevalencia del consumo de drogas ilegales, en nuestro estudio, es mínima: sólo el 5.9% de la muestra consume con una asiduidad de una vez por semana, dato significativo frente al 19.0% del estudio de Tortajada *et al.*³⁶ Estas diferencias en el consumo parecen venir determinadas según Delva *et al.*⁴¹ por diversas variables (grupos étnicos y urbanos de pertenencia, educación parental, entre otros) que consideramos deben ser tenidas en cuenta para el desarrollo de programas de prevención.

El método anticonceptivo más frecuente en nuestra población es el preservativo, le siguen los anticonceptivos orales y el DIU. Sí parece significativo que sólo el 67.6% de la muestra usa métodos para evitar la concepción, pero apenas el 43.5% de ellos se protege también frente a una ETS, muy en la línea del estudio de Hernando *et al.*⁴² que refiere el uso de métodos anticonceptivos en un 62.2%; dicha investigación realizada con nuestro mismo colectivo inmigrante en la Comunidad de Madrid también aporta datos análogos a los nuestros sobre la jerarquía en la utilización de los métodos anticonceptivos más usados. Encontramos, además, diferencias en las personas que dijeron no utilizar ningún método, 32.4% de nuestro estudio, frente al 41.9% de Hernando *et al.*⁴²

En general, este estudio aporta información sobre el buen estado de salud de las personas inmigrantes latinoamericanas entrevistadas, lo que permitiría apoyar la teoría del “inmigrante sano”, siendo pertinente continuar estudios en esta línea, con el fin de orientar el diseño y la implementación de actuaciones diferenciales adecuadas a las nece-

sidades del colectivo inmigrante para mejorar su nivel de salud.

Agradecimientos. Los autores agradecen a todos los inmigrantes que han participado voluntariamente en este estudio.

Referencias

1. World Health Organization. Lifestyles and health. *Soc Sci Med.* 1986; 22(2):117-24.
2. Wilson DM, Ciliska D. Lifestyle assessment: development and use of the fantastic checklist. *Can Fam Physician.* 1984; 30: 1527-32.
3. Bliss C. El estilo de vida y el estándar de vida. En: Nussbaum MC, Sen A. *La calidad de vida.* México: Fondo de Cultura Económica; 1996. p. 534-57.
4. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health-Promoting Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics. *Nurs Res.* 1987; 36: 76-81.
5. Holloway A, Watson H. Role of self-efficacy and behaviour change. *Int J Nurs Pract.* 2002; 8:106-15.
6. Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXII. V Conferencia Internacional de Promoción de Salud. Yakarta, 21-25 de julio, 1997. [Internet]. [Citado 1 Abr 2010]. Disponible en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_sp.pdf
7. Cebrián M. Los determinantes de los flujos migratorios internacionales: el caso español, 1995-2007. Principios: estudios de economía política. 2009; 14: 49-68.
8. Rodríguez E, Lanborena N, Senhaji M, Pereda C, Aguirre C. Variables sociodemográficas y estilos de vida como predictores de autovaloración de la salud de los inmigrantes en el País Vasco. *Gac Sanit.* 2008; 22: 404-12.
9. Gushulak BD, McPherson DW. The basic principles of migration health: population mobility and gaps in disease prevalence. *Emerg Them Epidemiol.* 2006; 3:3.
10. Rodríguez E, Lanborena N, Pereda C, Rodríguez A. Impacto en la utilización de los servicios sanitarios de las variables sociodemográficas, estilos de vida y autovaloración de la salud por parte de los colectivos de inmigrantes del País Vasco. *Rev Esp Salud Pública.* 2008; 82: 209-20.
11. Malmusi D, Jansá JM, Del Vallado L. Recomendaciones para la investigación e información en salud sobre definiciones y variables para el estudio de la población inmigrante de origen extranjero. *Rev Esp Salud Pública.* 2007; 81: 399-409.
12. Instituto de Salud Pública. Hábitos de salud en población adulta de la Comunidad de Madrid 2001. *Bol. epidemiol. Comunidad Madr.* 2002; 8: 3-34.
13. Centers for Disease Control and Prevention. Surveillance of Certain Health Behaviors Among States and Selected Local Areas - Behavioral Risk Factor Surveillance System, United States. *MMWR Surveill Summ.* Feb 2010. 5; 59(1):1-220.
14. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Internet]. 2008 [citado 15 Abr 2010]. Disponible en: <http://www.wma.net/s/ethicsunit/helsinki.htm>
15. Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 298, (13 de diciembre de 1999).
16. Almoguera MP. Latinoamericanos en España: estudio comparativo de la diáspora migratoria hacia Andalucía Oriental. El reino de Granada y el Nuevo Mundo: V Congreso Internacional de Historia de América, mayo de 1992. España: Diputación Provincial de Granada; 1994.p.145-66.
17. García A, Jiménez B, Redondo A. Latin-American immigration in Spain in the 21st Century. *Bol. Inst. Geogr.* 2009; 70: 55-70.
18. Izquierdo A, López D. The favourites of the twenty-first Century: latin american immigration in Spain. *Int J Migr Stud* 2003; 149: 98-124.
19. España. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Anuario estadístico de inmigración 2008. Observatorio permanente de la inmigración [Internet]. [Citado 20 Mar 2010]. Disponible en: <http://extranjeros.mtas.es/es/InformacionEstadistica/Anuarios/Anuario2008.html>
20. García Gómez P, Oliva J. Calidad de vida relacionada con la salud en población inmigrante en edad productiva. *Gac Sanit.* 2009; 23(Supl 1):S38-S46.
21. Martínez R. La reciente inmigración latinoamericana a España. *Serie Población y Desarrollo* 40,

- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población. Santiago de Chile; ONU; 2003. p. 51.
22. Torrado V. La inmigración latinoamericana en España. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Organización de las Naciones Unidas; 2006. 29p.
 23. Jylha M, Guralnik JM, Ferrucci L, Jokela J, Heikkinen E. Is self-rated health comparable across cultures and genders?. *J Gerontol.* 1998; 53:144-52.
 24. Han B, Small BJ, Haley WE. The effects of race, gender, and education on the structure of self-rated health among community-dwelling older adults. *Ann NY Acad Sci.* 1999;896:442-7.
 25. Cooper H. Investigating socio-economic explanations for gender and ethnic inequalities in health. *Soc Sci Med.* 2002; 54: 693-706.
 26. Williams DR. Racial/ethnic variations in women's health: the social embeddedness of health. *Am J Public Health.* 2002; 92: 588-97.
 27. Vissandjee B, Desmeules M, Cao Z, Abdool S, Kazanjian A. Integrating ethnicity and migration as determinants of Canadian women's health. *BMC Womens Health.* 2004; 4:1-11.
 28. Sociedad Española para el Estudio De la Obesidad (SEEDO). Cálculo del IMC [Internet]. [consultado 25 de marzo de 2010]. Disponible en: <http://www.seedo.es/Obesidadysalud/CalculoIMC/tabid/177/Default.aspx>
 29. Hovey JD. Mental health and substance abuse. Program for the study of immigration and mental health. The University of Toledo; 2001. [Internet]. [Consultado 12 de abril 2010]. Disponible en: <http://www.psimh.com/>
 30. Quintero J, Clavel M. Emigrantes, inmigrantes y estrés. *Interpsiquis;* 2005. [Internet]. [Consultado 20 de febrero de 2010]. Disponible en: <http://www.interpsiquis.com>
 31. López Nicolás A, Ramos JM. Utilización de los servicios sanitarios por parte de las poblaciones inmigrante y nativa en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. *Gac Sanit.* 2009; 23(Supl 1):S12-S8.
 32. Calvo R. Utilización de los servicios sanitarios en los inmigrantes del Área 7. II Congreso de la Asociación Madrileña de Administración Sanitaria. Tenerife. *Trib Sanit.* 2006; 197: 4-7.
 33. Junod Perron N, Secretan F, Vannotti M, Pecoud A, Favrat B. Patient expectations at a multicultural out-patient clinic in Switzerland. *Fam Pract.* 2003; 20: 428-33.
 34. González M, Puig M, Romagosa A, Casellas C, Grau M, Seguro H, et al. Patrones alimenticios y valoración del estado nutricional en población adulta atendida en la Atención Primaria. *Butlletí de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària.* 2009; 27:1-10.
 35. Camacho JM, Comas D. El ocio y los jóvenes inmigrantes. *Estud Juv.* 2003; 60: 63-88.
 36. Tortajada S, Valderrama JC, Castellano M, Llorens N, Agulló V, Herzog B, et al. Consumo de drogas y su percepción por parte de inmigrantes latinoamericanos. *Psicothema.* 2008; 20: 403-7.
 37. Conde F, Herranz D. Los procesos de integración de los inmigrantes. Pautas de consumo de alcohol y modelos culturales de referencia [Internet]. Madrid: Fundación CREFAT; 2004. [Consultado 8 de enero de 2010]. Disponible en: <http://www.msc.es/alcoholJovenes/docs/ProcesosIntegraclnInmigrantes.pdf>
 38. Solano S, Jimenez CA, Esquina C, Serrano JC, Ruiz J. Situación actual del control y abordaje terapéutico del tabaquismo en nuestro País (2005-2010). *Prev Tab.* 2010; 12: (Supl.1): S7-S9.
 39. Garrido P, Jiménez R, Hernández V, López de Andrés A, Gil de Miguel A. Los patrones de uso de medicamentos en la población residente de inmigrantes en España: factores asociados. *Saf Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2009; 18:743-50.
 40. Restrepo O. Immigration and etnosalud: possibility of a differential model of health. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.* 2009; 27:10-5.
 41. Delva J, Wallace JM, O'Malley PM, Bachman JG, Johnston LD, Schulenberg JE. The epidemiology of alcohol, marijuana and cocaine use among Mexican American, Puerto Rican, Cuban American, and other Latin American eighth-grade students in the United States: 1991-2002. *Am J Public Health.* 2005; 95: 696-702.
 42. Hernando V, Álvarez MC, Arriola L, Arroyo S, Ballester E, Bermúdez P. Conocimientos y uso de anticonceptivos en la población inmigrante latinoamericana en la Comunidad Autónoma de Madrid. *Bol Epid Semanal.* 2005; 13 (4): 37-48.